



ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*

เสาวนิจ น้อยมงคล**
วิไลพรรณ สมบุญตนนท์***
วินัส สัพทกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายได้ของผู้ดูแล ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและเวชระเบียนของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก ด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 (SD=20.07), 72.84 (SD=13.03), 72.23 (SD=13.20) ตามลำดับ มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.98, SD=.38) มีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Mean=66.59, SD=6.97) และพบว่าอายุของผู้ดูแล ระดับความบกพร่องทางการรู้คิด การรับรู้สมรรถนะตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก ด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.22-.45$, $p<.05$) ผลการศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ : ระดับความบกพร่องทางการรู้คิด; การรับรู้สมรรถนะตนเอง; การสนับสนุนทางสังคม; พลังสุขภาพจิต

*การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่า บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail : wilaipun.som@mahidol.ac.th



Selected Factors Related to Resilience in Family Caregivers of Older Adults with Dementia*

Saowanit Noimongkon**

Wilaipun Somboontanont***

Venus Leelahakul***

Abstract

This descriptive research aimed to investigate the relationships between age of caregivers, duration of caring for older adults with dementia, income of caregivers, perceived self-efficacy of caregivers, cognitive impairment level of older adults with dementia, social support, and resilience of family caregivers of older adults with dementia. The instruments used were questionnaires and hospital records. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation and Spearman rank correlation.

The findings revealed that the self-efficacy of caregivers' mean scores in aspects of self-efficacy obtaining respite, responding to disruptive behaviors, and controlling upsetting thoughts were 72.15 (SD=20.07), 72.84 (SD=13.03), 72.23 (SD=13.20), respectively. The mean score of social support was at a high level (Mean=3.98, SD= 0.38), and the mean score of resilience was at a normal level (Mean=66.59, SD=6.97). The analysis of relationships between the selected factors and resilience of the caregiver found that age of the caregiver, cognitive impairment level of the older adults with dementia, self-efficacy in obtaining respite, self-efficacy responding to disruptive behaviors, self-efficacy controlling upsetting thoughts, and social support of the caregiver were positively related to the resilience at 0.05 level of statistical significance ($r=.22-.45$, $p<.05$). The findings of study would be beneficial to develop a practice guideline for nurses or nursing interventions to promote resilience in family caregivers of older adults with dementia.

Keywords : Cognitive impairment level of older adult with dementia; Perceived self-efficacy of the caregiver; Social support; Resilience

*This study is a part of thesis in Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing Faculty of Nursing, Mahidol University and is partially supported by Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association.

** Graduate student in Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing,

*** Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail : wilaipun.som@mahidol.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคสมองเสื่อมทำให้การทำงานของสมองเสื่อมถอยลง และไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาทั้งด้านการรู้คิด (cognitive function) ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavior and psychological symptoms in Dementia : BPSD) จึงทำให้ต้องมีการช่วยเหลือ ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต¹ ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแล ญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ร่างกายทรุดโทรม วิตกกังวล ระดับความมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด หรือรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและเกิดภาวะซึมเศร้า²⁻³ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นความเข้มแข็งทางจิตใจ ทำให้มีทัศนคติ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและปัญหา มีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี สามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญปัญหา และการปรับตัว ตลอดจนการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความหวังในการเผชิญปัญหาวิกฤตและอุปสรรคต่าง ๆ ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นปัญหา อุปสรรคและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้⁴⁻⁵ หากผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต 6 ปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการสนับสนุนทางสังคม

อายุของผู้ดูแล ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตในด้านการรู้คิดและความสามารถทางกาย โดยพบว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะมีประสบการณ์ที่มากกว่าผู้ที่อายุน้อย การยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถเผชิญ

กับปัญหาหรือภาวะเครียด ความยากลำบากได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย⁶ ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นเวลานานจะมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น⁷ อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ด้านรายได้ของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะมีการรับรู้การดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย⁸ ด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีระดับพลังสุขภาพจิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะตนเอง⁹⁻¹⁰ โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นด้วย¹¹ ด้านระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าระดับของการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับของพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹² และด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ดูแล¹³

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาเรื่องพลังสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ประชาชนทั่วไป ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปรากฏการณ์ที่บุคคลสามารถยืนหยัดต่อสู้กับสถานการณ์ที่ตึงเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเป็นประโยชน์ด้านการวิจัยเพื่อสร้าง



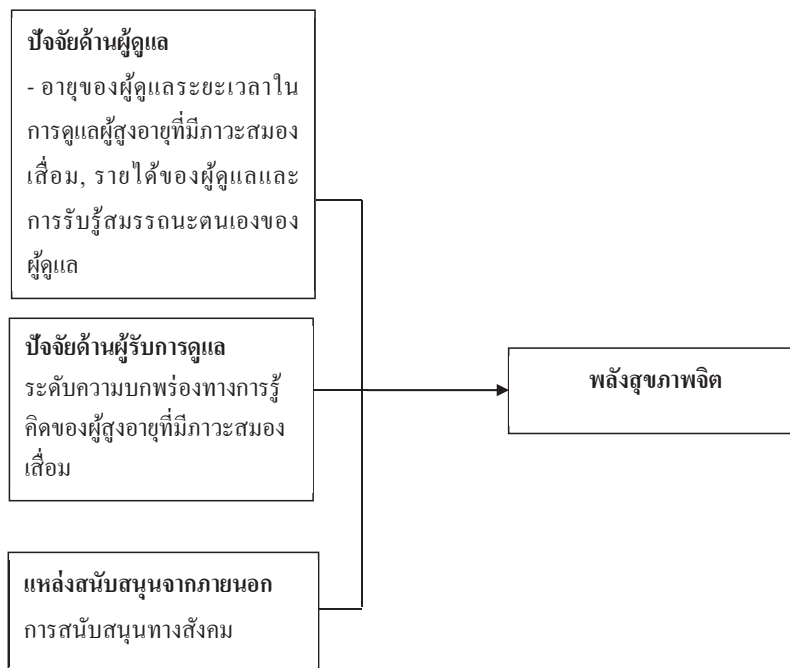
องค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างและส่งเสริม
พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้
สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ระดับความบกพร่องทางการ
รู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทาง
สังคมและพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล
ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สมองเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพ
จิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต
ของ Bergman and Wallace¹⁴ ที่อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับ
พลังสุขภาพจิต (Resilience) ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นพลัง
แฝงที่สามารถกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้เมื่อต้องประสบกับ
ความเครียดเพื่อช่วยให้สามารถกลับสู่สภาพเดิมก่อน
การเผชิญกับความเครียดหรือการบาดเจ็บ โดยมีพื้นฐาน
ทฤษฎีจากมุมมองทางพัฒนาการของบุคคลตลอด
ช่วงชีวิต ที่มีความเป็นพลวัตร มีความต่อเนื่องระหว่าง
การเจริญเติบโต (growth) และการเสื่อม (decline)
พัฒนาการนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงศักยภาพในการปรับตัว
ของสิ่งมีชีวิต ไม่ว่าจะทางด้านบวกหรือลบก็ตาม ซึ่งแสดง
ให้เห็นถึงความยืดหยุ่นในตัวบุคคล ที่สามารถเพิ่ม
ศักยภาพในการปรับตัว พลังสุขภาพจิตจึงเป็นทรัพยากร
ที่แฝงอยู่ที่สามารถนำออกมาใช้ได้ เมื่อเกิดความเครียด
เพื่อให้เกิดการกลับสู่ภาวะเดิม โดยมีตัวแปรที่มีความ
สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้าน
ผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้รับการดูแล และแหล่งสนับสนุนจาก
ภายนอก ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research design) ระหว่างอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายได้ของผู้ดูแล ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจรักษาในคลินิกจิตเวช สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้คือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจรักษาในคลินิกจิตเวช สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ชลบุรี จำนวน 88 ราย โดยได้จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร effect size เป็นขนาดกลาง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังต่อไปนี้ 1) บุคคลอายุ 25 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง (Direct care) ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ 3) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ จินตหรือญาติโดยความผูกพัน เช่น เป็นคู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เช่น บุตร หลาน เป็นต้น อาศัยภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วย และ 4) เป็นผู้ที่มีกรรับรู้ปกติ สื่อความหมายเข้าใจ ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นโดยบันทึกจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล (Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy Scale) ของ Steffen และคณะ¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและผ่านการแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือนี้มาก่อน (Translation-back translation process) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก 2) ด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย 3) ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล แต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 10 ระดับ ตั้งแต่ 0-100 โดย คิดค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านแยกจากกัน ไม่มีการคิดค่าคะแนนรวมทั้งหมด คะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-100 ค่าคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง



3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ที่พัฒนาแบบทดสอบโดย เตือนใจ ภักดีพรหม¹⁶ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ ว่าตนเองมีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากสังคม มีข้อคำถาม 15 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ และข้อคำถามด้านลบจำนวน 2 ข้อ แต่ละข้อคำถามประกอบด้วยคำตอบที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ ระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 และระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00

4. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience

Quotient Test) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้านคือ ความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ข้อคำถามในแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำตอบที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง จริงมาก การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ข้อคำถามเชิงบวกได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่จริง ให้ 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน และจริงมาก 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบได้แก่ข้อ 1, 5, 14, 15, 16 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่จริง ให้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน และจริงมาก 1 คะแนน การแปลผลของแบบประเมินพลังสุขภาพจิตตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบมี ดังนี้

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	<27	27-43	>43
2. ด้านกำลังใจ	<14	14-19	>19
3. ด้านการจัดการกับปัญหา	<13	13-18	>18
รวมทุกด้าน	<55	55-69	>69

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล (Caregiving Self-Efficacy Scale) และนำเครื่องมือไปทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่า CVI ของเครื่องมือได้ .93 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่ได้จากการวัด ทดสอบความเชื่อ

มั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบวัดที่นำมาทดสอบความเชื่อมั่น ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้คือ .82.72 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลชลบุรีและ



โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ร่วมวิจัยตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ในแบบฟอร์มยินยอม และขณะที่อยู่ในขั้นตอนของการ วิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถแจ้งให้ผู้ วิจัยทราบและยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผล ต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับและ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น จะมีการใช้หมายเลขแทนการใช้ ชื่อในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้า ถึงข้อมูลได้ ส่วนผลการวิจัยจะมีการนำเสนอหรือตีพิมพ์ ในวารสารในภาพรวม

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ที่ดำเนินการ วิจัยและหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากบัณฑิตมหาวิทยาลัย มหิดล เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่ออธิบาย ถึงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อผ่านการอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา และ ขอความร่วมมือจากบุคลากรในคลินิกสมองเสื่อมใน การประสานงานกับผู้วิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการ ขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำการในคลินิก จิตเวช สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อแนะนำโครงการ วิจัย โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำการใน คลินิกจิตเวช สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ เป็นผู้คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

3.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ในระหว่างที่รอรับการตรวจจากแพทย์ที่ คลินิกจิตเวช สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อแนะนำตัว ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ เก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย

3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากเวชระเบียน จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3.4 ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะจัดหา สถานที่ซึ่งมีความส่วนตัวเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถ ตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีการรบกวน ผู้วิจัยอธิบาย ถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดจนผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าใจก่อนลงมือทำ และให้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเองโดยไม่จำกัดเวลา

3.5 ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากถึงเวลาที่ ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้ารับ การรักษาจากแพทย์และติดตามผลการรักษา ผู้เข้าร่วม วิจัยสามารถกลับมาตอบแบบสอบถามได้อีกครั้งภายหลัง จากเข้าพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่

4. เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล หากไม่ครบ ถ้วนผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง ให้ครบถ้วน จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้นำมาหาค่าคะแนน และ นำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาแจกแจงและ วิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับ การวิจัยด้านสังคมศาสตร์ (Statistic Package for Social Science : SPSS) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมและข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency)
2. วิเคราะห์ข้อมูล อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ระดับความบกพร่อง ทางความรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การ



สนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระยะเวลาในการเป็นผู้ให้การดูแล รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 88 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุตั้งแต่ 23 ถึง 59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 46.77 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 65.9 มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ 1 ถึง 15 ปี ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4.23 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.4 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 20.5 ตามลำดับ เป็นแม่บ้านร้อยละ 34.1 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 15,001-30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 34.1 ค่าใช้จ่าย

ในครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 95.5 สำหรับโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.5

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.3 มีอายุ 60 ถึง 91 ปี อายุเฉลี่ย 75.14 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.8 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.3 และ 22.7 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 36.4 ระดับปานกลางและระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.8 ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดในการรักษา ร้อยละ 46.5

การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก อยู่ในระดับสูง (Mean=72.15, SD=20.07) ด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=72.84, SD=13.03) และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=72.23, SD=13.20)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=3.98, SD=.38) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านด้านความรักใคร่ผูกพันมากที่สุด (Mean=12.59, SD=1.65) รองลงมาคือด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Mean=12.13, SD=1.33) ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Mean=12.11, SD=1.60) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากสังคม (Mean=11.45, SD=1.74) และด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Mean=11.36, SD=1.60) ตามลำดับ



พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 52.3 รองลงมา มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 40.6 และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 6.8 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตด้านด้านความมั่นคงทางอารมณ์มากที่สุด (Mean=33.00, SD=3.39) รองลงมา ได้แก่ ด้านกำลังใจ (Mean=17.43, SD=2.03) และด้านการจัดการกับปัญหา (Mean=16.15, SD=2.58)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล ระยะเวลาในการเป็นผู้ให้การดูแล ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p<.01$ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ($r=.27, p<.01$) การสนับสนุนทางสังคม ($r=.45, p<.01$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p<.05$ ได้แก่ ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r=.24, p<.05$) การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก ($r=.30, p<.05$) การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วนวายของผู้ป่วย ($r=.25, p<.05$) และการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล ($r=.22, p<.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาในการเป็นผู้ให้การดูแล ($r=.06, p>.05$) และรายได้ของผู้ดูแล ($r=.28, p>.05$) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง ระยะเวลาในการเป็นผู้ให้การดูแล รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($n=88$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระยะเวลาในการเป็นผู้ให้การดูแล	1				
2. รายได้ของผู้ดูแล	1.13	1			
3. ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	.33**	-.11	1		
4. การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก	.11	.16	-.10	1	
5. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล	.06*	.28*	.24*	.30*	1

* $p<.05$, ** $p<.01$



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n =88)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. อายุของผู้ดูแล	1				
2. การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย	-.16	1			
3. การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล	-.15	.09	1		
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	.28*	-.03	-.03	1	
5. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล	.27**	.25*	.22*	.45**	1

*p<.05, **p<.01

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุระหว่าง 23-59 ปี อายุเฉลี่ย 46.77 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (36-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 88.6 สอดคล้องกับงานวิจัยของสาธิตา แรกคำนวณและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย¹⁷ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 ถึง 5 ปี ร้อยละ 85.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ

เตือนใจ ภักดีพรหม¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย อยู่ในช่วง 1 ถึง 5 ปีร้อยละ 60.8 และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุเฉลี่ย 46.77 ปี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 34.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-30,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 34.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 95.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร¹⁹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีรายได้ 20,001 ถึง 30,000 บาทต่อเดือน



ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้ ทำการศึกษาในเขตเมือง ประชากรมีโอกาสได้รับการสนับสนุนในเรื่องการศึกษามากกว่าในเขตชนบท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองหรือจากบุตรหลาน ตามสิทธิข้าราชการ การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก อยู่ในระดับสูง ด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ในบริบทของการดูแลว่าสามารถรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลได้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นแหล่งสนับสนุนภายในด้านจิตใจภายใน (intra-psychic resources) การรับรู้สมรรถนะตนเองจึงเป็นปัจจัยหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยควบคุมและลดความตึงเครียด เมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์ในทางลบ ทำให้สามารถก้าวผ่านความยากลำบาก สามารถเผชิญกับปัญหาที่พบในบทบาทของผู้ดูแลได้²⁰ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งในบริบทของสังคมไทยมีการปลูกฝังให้บุตรมีความกตัญญูต่องานต่อบุพการี มีหน้าที่คอยดูแลเอาใจใส่ผู้มีพระคุณ ตลอดจนความมีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับบุคคลอื่น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมทางด้านร่างกาย วุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความรับผิดชอบต่องานที่ มีความสามารถในการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตนเองและบุคคลอื่น ตลอดจนมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบด้าน ด้านพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 52.3 เมื่อพิจารณาพลังสุขภาพจิตรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตด้านด้านความมั่นคง

ทางอารมณ์มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ การเผชิญกับปัญหาต่างๆ ส่งผลให้มีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่าด้านอื่นๆ ในด้านการจัดการกับปัญหานั้น พบว่า โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคนานและปัญหาจะทวีความรุนแรงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการเสื่อมของการรับรู้และเข้าใจปัญหา ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลมากขึ้น²¹ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแลระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายได้ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

อายุของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) กล่าวคือ ผู้ดูแลที่อายุมากจะส่งผลให้มีระดับพลังสุขภาพจิตสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 36-59 ปี) ร้อยละ 88.6 ซึ่งวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ มีการจัดการ มีวิธีการเผชิญกับปัญหาและการปรับตัว รวมถึงมีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลตนเองและผู้ป่วย สอดคล้องกับปัจจัยในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของเขาวานาญ ผลิตินนท์เกียรติ²² ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมบุคคลให้มีพลังสุขภาพจิตนั้นประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งบุคคลที่มีพื้นฐานอารมณ์ดี เข้มแข็ง ไม่อ่อนไหวง่าย แต่มีความอ่อนน้อม จะช่วยให้ผู้นั้นมีพลังสุขภาพจิตมากขึ้น รวมถึงด้านอายุ ผู้ที่มีอายุน้อย วัยรุ่นจะมีอารมณ์ร้อน มีความอดทนน้อยกว่าผู้ใหญ่ รวมถึงการผ่านประสบการณ์หรือการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ จะทำได้ไม่ดีเท่าบุคคลที่อายุเยอะกว่า

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 ถึง 5 ปี ร้อยละ 85.2 จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการเป็นผู้ให้การดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .06, p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัว หรือความสามารถในการฟื้นตัวจากเหตุการณ์ทางลบซึ่งเป็นปฏิกิริยาระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป¹² และพบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นเวลานานจะมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้เรียนรู้สถานการณ์การดูแลได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม⁷

รายได้ของผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่ารายได้ของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ($r = .28, p > .05$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 95.5 กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีรายได้เท่าใด จะไม่เกี่ยวข้องกับระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ร้อยละ 95.5 รับรู้ว่ามีรายได้เพียงพอ และมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิข้าราชการ ไม่ได้มีการใช้จ่ายพิเศษในการดูแลผู้สูงอายุเช่น จ้างคนช่วยดูแลในส่วนค่ายาและค่าการรักษาพยาบาล สามารถเบิกได้กับต้นสังกัดของบุตรหรือของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเอง กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีความวิตกกังวลหรือตึงเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gaugler, Kane & Newcomer¹² ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพ

จิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีระดับพลังสุขภาพจิตสูง จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะ การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจ และกลไกการเกิดพฤติกรรมเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยบุคคลที่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือรับรู้ความสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ดีกว่า ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

ระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาพบว่าระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .24, p < .05$) อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ทำการศึกษามีภาวะสมองเสื่อมในระดับรุนแรง โดยระยะเวลาการดำเนินของโรคเฉลี่ย 8–10 ปี² ซึ่งระยะเวลาที่ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมที่ยาวนาน จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแล และเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วตามีศรี²⁴ ที่ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลพบว่าระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะสั้น จะมีการเรียนรู้ได้น้อยกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลมาเป็นเวลานาน

การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$) แสดงว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ส่งผลให้มีระดับพลังสุขภาพจิตมากด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bergman and Wallace¹⁴ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางครอบครัว



และชุมชน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต เพราะสามารถกระตุ้นการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอิทธิพลของเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดได้ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต⁴ ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญ คือ ด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนที่ดีจากสังคม ชุมชน หรือหน่วยงานต่างๆ และมีแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจ หากบุคคลมีองค์ประกอบเหล่านี้ดี จะทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง ความอบอุ่น มีกำลังใจ ส่งผลให้เกิดพลังสุขภาพจิต หรือมีความยืดหยุ่นสามารถที่จะก้าวผ่านภาวะวิกฤตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต พยาบาลและทีมบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต เช่น การจัดการอบรมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

2. ควรมีการพัฒนาแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตที่ดี มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเรื่องพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลที่แตกต่างกันทางสังคมและวัฒนธรรม

2. ควรมีการศึกษาเรื่องพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุโรคหัวใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีพื้นฐานทางสังคมระดับ

เดียวกันคือ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจฐานะทางสังคม

4. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาเชิงทดลอง เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของพลังสุขภาพจิตในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

References

1. Muangpaisan V. Dementia: prevention, assessment and care. Bangkok: Parbpim; 2013. (in Thai)
2. Vilaiwan T. The art and science of nursing. Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University; 2011. (in Thai)
3. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are intervention with caregivers. An updated meta-analysis. Gerontologist 2002; 42(3):3 56-372.
4. Inkaew S. Resilience Quotient. Department of Mental Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2009. (in Thai)
5. Rourke NL, Anthony L, Claxton A, Smith JZ, Chappell N, Beattie BL. Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer's disease over time. Aging & Mental Health 2010; 14(8): 984-93.
6. Changsuwan S. Caregiving experiences among caregivers of stroke patients [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2005. (in Thai)
7. Dilworth-Anderson P, Williams IC, Gibson BE. Issue of race, ethnicity, and culture in caregiving research : A 20-year review. Gerontologist 2002; 42: 237-72.



8. Yasuwan S. Quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2002. (in Thai)
9. Contador I, Fernández CB, Palenzuela DL, Miguéis S, Ramos F. Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia : a perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging Mental Health* 2012; 16: 675–682.
10. Fernández LV, Crespo LM, Cáceres R, Rodríguez PM. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatria. Gerontología*, 2012; 47(3):102–09.
11. Garity J. Caring for a family member with AD disease. *Journal of Gerontological Nursing* 2006; 32(1): 39–49.
12. Gaugler JE, Kane RL, Newcomer R. Resilience and transition from dementia caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological science*2007; 62(1): 38–44.
13. Dias R, Santos RL, Sousa MF, Nogueira MM, Torres B, Belfort T, Dourado MC. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends Psychiatry Psychotherapy* 2015; 37(1): 12–9.
14. Bergeman CS, Wallace KA. Resilience in later life. In Whitman TL, Merluzzi TV, White RD, Editors. *Life-span perspective on health and illness* Mahwah. NJ: Erlbaum 1999; 207–25.
15. Steffen AM, McKibbin C, Zeiss AM, Gallagher TD, Bandura A. The revised scale for caregiving self-efficacy: Reliability and validity studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2002; 57(1):74–86.
16. Pukdeeprom T. Selected factors related to caregivers ‘capabilities in caring for older persons with dementia. [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University.2005. (in Thai)
17. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptom of dementia (BPSD) and caregiver burden among aregivers of alzheimer’s dementia patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57(3):335–46. (in Thai)
18. Booncho D. The relationships between age, caregiving burden, social support, and adaptation of caregivers of older persons with chronic obstructive pulmonary disease. [Master thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University. 2014. (in Thai)
19. Sirithipakorn P. The relationships among caregiver burden, learned resourcefulness and health status in family caregiver of dementia. [Master thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University 2012. (in Thai)
20. Pinquart M, Sorensen S. Correlates of physical health of informal caregiver: a meta- analysis. *Journal of Gerontology Series B–Psychological Sciences & Social Sciences* 2007; 62(2):126–37. (in Thai)
21. Jittapankon S, Chayowan N, Yodphet S. The elderly in Thailand: report, literature review, current situation and policy recommendations: Bangkok; 2002. (in Thai)
22. Phalitnonkiat Y. The innovations to promote resilience for mental health crisis (internet). 2007. [cited 2014 Sep 8]. Available from: <http://www.klb.dmh.go.th/modules.php?m=article&gr=&op=detail&researchId=940> (in Thai)
23. Orem DE. *Nursing concept of practice*. St Louis: Mosby Year Book; 2001.
24. Meesri K, Dangdomyouth P. Selected factors related to capabilities among caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2012; 26(1): 35–49.